

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Décembre 1893, à 1 heure

Par **EDOUARD LÉONCINI,**

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 9 mai 1836.

**ÉTUDE
SUR QUELQUES TROUBLES RESPIRATOIRES
DANS LA CHLOROSE**

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { BOUCHARD, professeur.
 { GILBERT et MARFAN, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Décembre 1893, à 1 heure

Par EDOUARD LÉONCINI,

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 9 mai 1866.

ÉTUDE
SUR QUELQUES TROUBLES RESPIRATOIRES
DANS LA CHLOROSE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : MM. { BOUCHARD, professeur.
GILBERT et MARFAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUGHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		N...
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
		N...
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend en donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Président de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur



INTRODUCTION

Dans le cours de ces dernières années, les auteurs qui ont traité de la chlorose ont, en général, étudié les rapports de cette maladie avec la tuberculose.

Quelques-uns ont considéré la chlorotique comme un terrain propice au développement du bacille de Koch. D'autres, étudiant spécialement l'hérédité chez ces malades, ont trouvé dans les antécédents des traces fréquentes de tuberculose, causes prédisposant, selon leur théorie, les descendants à la chlorose.

Pour M. le professeur Hayem, la chlorose serait, au contraire, un mauvais terrain, où la granulation tuberculeuse pousserait difficilement ; les chlorotiques ne deviendraient pas tuberculeux plus facilement que les autres individus.

Certains auteurs admettent que la tuberculose et la chlorose peuvent évoluer séparément chez le même sujet. Nous savons, de plus, que la tuberculose, agent puissant de déglobulisation du sang peut amener le développement d'une anémie symptomatique, c'est la chloro-anémie tuberculeuse, qui peut procéder de différentes manières. Tantôt le début n'est marqué que par les signes de la chlorose, la tuberculose se développant plus tard ; tantôt cette dernière s'installe dès le début, amenant tardivement son anémie symptomatique. Le diagnostic peut, dans ces cas, être difficile à poser ; l'auscultation des poumons donne souvent des signes négatifs ou douteux, mais plus tard les lésions s'affirment et le diagnostic de tuberculose n'est plus douteux ; submatité des sommets, respiration rude avec expiration prolongée, expectoration spéciale avec bacilles de Koch dans les crachats, amaigrissement progressif, etc.

Nous n'avons pas l'intention de traiter dans notre travail cette question si importante et si difficile des rapports de la chlorose avec la tuberculose, cette tâche serait au dessus de nos forces, notre but est plus modeste.

Souvent nous avons été frappé de la fréquence de certains troubles respiratoires chez les chlorotiques, alors que dans les antécédents de la malade on ne

trouvait aucune tache tuberculeuse, et qu'un examen clinique attentif permettait de nier d'une façon sûre l'existence de la bacillose. Notre maître, M. le docteur Tapret, a souvent attiré notre attention sur ce fait que les chlorotiques respirent mal, que chez elles le murmure vésiculaire paraît affaibli, surtout aux sommets, alors qu'on peut nier d'une façon certaine la tuberculose, comme le démontre la marche ultérieure de la maladie. C'est la respiration chlorotique de certains auteurs qui peut elle-même s'accompagner d'autres troubles tels que la toux, la dyspnée, et qui peut exister à côté de certaines malformations thoraciques, scoliose, développement imparfait du thorax, infantilisme, etc.

Nos observations ont été prises chez des chlorotiques de la classe ouvrière, chez ces malades qui, surmenées par le travail d'atelier et fatiguées par une mauvaise nourriture et une hygiène insuffisante, viennent à l'hôpital, offrant tous les caractères de la chlorose verte, si l'on peut ainsi parler. Notre maître, M. Tapret, nous a enseigné que ces chlorotiques, comme beaucoup d'autres de la ville, ne deviennent jamais tuberculeux; ce sont des sujets chez qui les combustions sont insuffisantes, mais qui, malgré cela, n'offrent pas de prises au bacille tuberculeux.

Nous adressons nos sincères remerciements à nos

mattres dans les hôpitaux ; ils n'ont cessé de nous prodiguer leurs conseils et nous ont toujours donné des marques de leur intérêt pour nos études médicales.

Merci également à notre ami M. Demantké, interne des hôpitaux, qui ne nous a point épargné ses conseils.

M. le professeur Laboulbène a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous sommes très sensible au grand honneur qu'il nous fait.





HISTORIQUE



« Nous avons cru avoir guéri des bronchites graves, des toux inquiétantes, peut-être même des phtisies commençantes ou confirmées, tandis qu'en réalité nous n'avons guéri que des chloroses » disait Rilliet (1) dans un article paru en 1855,

Plus loin le même auteur ajoute : « La toux des chlorotiques a quelquefois dans son timbre et dans ses retours quelque chose qui rappelle la toux hystérique, d'autres fois elle n'a rien qui la distingue de la toux

(1) *Rilliet*. Chlorose simulant la phtisie. Archives générales de médecine, février 1855.

des phtisiques, mais elle est souvent remarquable par la rapidité avec laquelle elle s'accroît; en peu de jours elle devient très fatigante, et elle contraste par son intensité avec l'absence complète de tout symptôme stéthoscopique.

Cette comparaison de la toux chlorotique avec la toux hystérique n'a rien qui nous étonne. Certains auteurs, en effet, ont longtemps considéré la chlorose comme une maladie dépendant du système nerveux. Pour *Sydenham*, chlorose et hystérie reconnaissent une cause unique, les troubles utérins. *Morton* appelait la chlorose *phtihisis nervosa*. Plus près de nous, *Trousseau* la classait au nombre des névroses, l'élément nerveux était pour lui primordial, l'anémie, secondaire. Nous ne donnerons pas des théories plus récentes localisant exactement le siège de la lésion dans le système nerveux : actuellement cette théorie n'est plus admise, on peut l'invoquer pour expliquer certains phénomènes que nous étudierons, par exemple la toux, la dyspnée et certaines palpitations. L'hystérie, il est vrai, peut coexister avec la chlorose. Pour *Hayem*, les troubles nerveux seraient sous la dépendance de l'anémie ou de la dyspepsie. Le *hoquet*, par exemple, que l'on rencontre quelquefois, serait plutôt un trouble dyspeptique que nerveux. De même, la chlorose peut réveiller l'hystérie, la neurasthénie, mais il ne faut pas oublier que certains troubles considérés comme nerveux dépendent uniquement de l'anémie cérébrale, les palpitations et la dyspnée sont de ce nombre.

En 1864, parut une monographie importante de la

chlorose due à Aug. Nonat (1). Cet auteur consacre plusieurs lignes aux troubles respiratoires observés chez les chlorotiques en dehors de la tuberculose. Parmi les symptômes généralement attribués à la chlorose, nous trouvons que la respiration est plus fréquente qu'à l'état normal, il y a quelquefois dyspnée avec essoufflements faciles surtout dans les efforts, la marche, l'action de courir et de monter; chez quelques malades on observe une *toux sèche, nerveuse*. Plus loin, page 58, l'auteur ajoute : « Je ne m'arrêterai pas sur les troubles respiratoires que j'ai caractérisés plus haut en présentant le tableau général des symptômes de la chlorose. J'ajouterai seulement que l'essoufflement, la dyspnée, le toux ne se rattachent dans la chlorose simple à *aucune lésion* de l'appareil broncho-pulmonaire et ne se révèlent par aucun signe stéthoscopique. Ces troubles sont sous la dépendance directe de la diminution des globules sanguins. En raison de cet abaissement des globules, il se fait à chaque mouvement d'inspiration, une consommation insuffisante d'oxygène, d'où le besoin instintif de *respirer plus souvent*, afin de renouveler plus fréquemment le contact de l'air avec le sang. Les troubles respiratoires peuvent être rendus plus intenses par la perturbation des fonctions du système nerveux. »

(1) Aug. Nonat. Traité théorique et pratique de la chlorose, Delahaye, 1864.

Dans son article du Dictionnaire de Jaccoud, 1867, P. Lorain, étudiant les troubles respiratoires chez les chlorotiques, s'exprime ainsi : « Les poumons sont troublés comme le cœur dans la chloro-anémie. Il y a souvent une oppression manifeste, une irrégularité, une sorte d'*ataxie respiratoire* causée par des soupirs, des efforts d'aspiration exagérés, une *respiration inquiète et troublée*, tantôt accélérée, tantôt ralentie, en tout cas irrégulière. C'est le pendant des palpitations. Les causes morales agissent ici puissamment ; mais les mouvements violents, un simple changement d'attitude quelquefois, suffisent pour accuser fortement ce trouble nerveux de la respiration.

Monter, marcher vite, faire un mouvement brusque, sont des causes suffisantes pour produire et les palpitations et l'anhélation. Faut-il voir dans ce trouble un effet de l'atonie nerveuse, du défaut de tonicité, de la facilité avec laquelle se fait la désaptation, ou bien y a-t-il là une action déterminée par la diminution des globules du sang ? Cette opinion est soutenue par Germain Sée sous cette forme : « Les capillaires du poumon ne pourront plus mettre assez de globules en contact avec l'air extérieur, l'absorption d'oxygène diminue ; c'est le défaut d'oxygène, bien plutôt que l'excès d'acide carbonique, qui produit la *dyspnée*, car le sang n'offre pas le caractère veineux, et la coloration des téguments ne présente pas de trace de lividité. » Cette explication nous paraît avoir besoin d'être confirmée, nous acceptons plus volontiers l'hypothèse suivante du même auteur : « Ce qui achève de *troubler*

la respiration, c'est que son foyer central ou médullaire étant privé de sang, et par conséquent d'oxygène, devient le siège d'une véritable excitation ; de là, la *fréquence des respirations*, qui deviennent plus pénibles sans gagner en ampleur. Mais si les nerfs vagues qui émanent du bulbe viennent à s'épuiser, des palpitations se manifestent, et alors les respirations deviennent *plus rares, plus profondes*, comme après la paralysie de ces nerfs. »

De plus, M. le professeur G. Sée (1) dans un chapitre intitulé : Diagnostic de la forme dyspnéique des affections cardiaques et des dyspnées chloro-anémiques, ajoute : « Pour continuer l'étude diagnostique des maladies larvées du cœur, il nous reste à examiner un certain nombre d'affections dans lesquelles le trouble respiratoire peut être considéré comme un des phénomènes prédominants, sans toutefois que les *organes thoraciques soient directement intéressés*. En premier lieu se place la dyspnée chloro-anémique.

Tous les anémiques accusent, dès le début de la maladie, une dyspnée caractérisée surtout par un besoin irrésistible d'air, et souvent par une véritable oppression celle-ci se manifeste parfois à l'occasion d'une impression des sens, ou d'une émotion morale ; la respiration devient alors *accélérée, superficielle, haletante*, et se traduit surtout par l'*élévation exagérée des pre-*

(1) G. Sée. Diagnostic et traitement du cœur, p. 57.

mières côtes. Les mouvements partiels et même la marche ne troublent les fonctions respiratoires que s'il s'agit d'une anémie grave, mais quels que soient le degré et la période de la maladie, il y a impossibilité pour les malades de gravir une pente ou les marches d'un escalier, sans éprouver une vive oppression, sans que jamais, d'ailleurs, il ne se manifeste ni cyanose, ni turgescence du visage. »

M. Moriez (1), dans sa thèse d'agrégation, a consacré aussi quelques lignes au sujet qui nous occupe. Il cite d'abord le passage suivant de *Cazin* (2), ouvrage qu'il nous a été impossible de consulter : « La respiration est plus ou moins gênée surtout par les fatigues, la progression ascendante, les émotions de l'âme. Elle est entrecoupée de soupirs, qui selon les uns tiennent à la tristesse des malades. »

Suivant cet auteur, on peut observer dans tout l'arbre respiratoire, une série de troubles nerveux parfois identiques à ceux de l'hystérie ; *le spasme du larynx* est très fréquent chez les chlorotiques dont le *corps thyroïde est hypertrophié*.

Nous nous arrêterons quelques instants sur ce dernier symptôme qui a été quelquefois donné comme cause de la faiblesse du murmure vésiculaire chez les chlorotiques, probablement comme cause mécanique. C'est un signe rare dans la chlorose. *M. Hayem* ne

(1) *R. Moriez.* La chlorose. Thèse d'agrégation, Paris, 1880.

(2) *Cazin.* Monographie de la chlorose, Gand, 1850.

l'a rencontré que dans 4 ou 5 o/o des cas. *M. Moriez* l'a étudié au point de vue de ses rapports avec le goitre exophtalmique. On peut percevoir à son niveau un souffle intermittent ou continu, un frémissement cataire. Il coexiste fréquemment avec la toux et la dyspnée. Ce symptôme s'unissant avec la tachycardie et les symptômes nerveux de la chlorose, pouvait d'une façon rationnelle être rattaché à la maladie de *Basedow*. *Rendu*, en effet, considère la chlorose comme favorisant, par son action débilitante, l'éclosion du goitre exophtalmique.

Mais il faut dire aussi que si l'anémie est fréquente dans la maladie de *Basedow*, elle n'est que secondaire. C'est une *anémie symptomatique*.

Moriez continue : La dyspnée s'observe indépendamment de toute lésion pulmonaire, et la toux sèche, nerveuse n'est pas rare dans la chlorose, où elle fait souvent craindre une imminence tuberculeuse, lorsqu'elle s'accompagne de *névralgies intercostales* ».

M. le professeur *Peter* (1), a indiqué un signe qui suffit à lui seul pour fixer le diagnostic entre la vraie chlorose et celle liée à une tuberculisation commençante :

« Nous savons, dit-il, quelle minutie de détails est nécessaire dans la recherche de la tuberculisation commençante ; eh bien ! l'investigation thermométrique des espaces intercostaux supérieurs, doit en faire à jamais partie, et les chiffres fournis par le thermomètre

(1) *Peter*. Clinique médicale, tome II, p. 428.

sont alors un complément indispensable et décidément révélateur. »

Cette *température thoracique* est normale ou même abaissée chez les chlorotiques, et dans tous les cas, les températures données par le côté droit et le côté gauche sont sensiblement égales entre elles. Dans la tuberculose au début, on constate au contraire une élévation de ces températures pectorales ; et comme le travail morbide, parfois localisé à un sommet, est toujours plus intense d'un côté que de l'autre lorsqu'il est bilatéral, il y aura en outre une différence notable entre les températures des deux côtés. Cela résulte de la loi formulée par M. Peter. « Il y a toujours élévation locale de la température, là où se fait un travail morbide local. »

Pour *Moriez*, la dyspnée des chlorotiques présente cependant quelque intérêt, en ce qu'elle paraît due surtout au défaut d'oxygène bien plutôt qu'à l'excès d'acide carbonique. L'hémoglobine est la partie respiratoire des globules ; et ceux-ci ont été désignés avec raison sous le nom de *monnaie respiratoire*. Que ce soit la monnaie qui manque, ou bien que son titre soit diminué, il y aura toujours désordre de l'hématose parce que l'oxygène ne pourra être absorbé en quantité suffisante.

Dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, *Parrot* (1) admet que chez les chlo-

(1) *Parrot*. Dictionnaire Dechambre, t. XVI, 1874.

rotiques les palpitations sont plus fréquentes, plus tinenses et plus douloureuses que chez les malades atteintes d'une autre espèce d'anémie. Les influences physiques ont sur elles une action non douteuse, mais ce sont surtout les mouvements de l'âme qui leur donnent les qualités névropathiques qui les caractérisent. Ces remarques sont applicables à la *dyspnée*, qui, de même que les palpitations, a quelque chose de nerveux. Il signale également une petite *toux* sèche et quinteuse, se manifestant parfois d'une manière très tenace, *en dehors de toute affection broncho-pulmonaire*. Cependant il estime qu'il faut toujours considérer cette toux comme suspecte, et tant qu'elle existera surveiller attentivement les organes respiratoires.

M. le professeur *Jaccoud* (1), dans son traité classique de pathologie interne et dans ses cliniques a étudié cette question à plusieurs reprises. Pour lui, la respiration des chlorotiques est ordinairement un peu accélérée, même au repos; presque toutes les malades se plaignent d'être essouffées dès qu'elles montent un escalier ou qu'elles marchent vite; les émotions morales agissent aussi puissamment sur l'accélération des mouvements respiratoires. Le nombre ordinaire des inspirations ne suffisant plus pour opérer l'échange gazeux intra-pulmonaire dans une mesure

(1) *Jaccoud*. Traité de pathologie interne, t. III, quelques réflexions à propos de deux cas de chlorose. Science médicale, 1888.

convenable, le besoin de respirer et par suite le nombre des inspirations sont accrus.

Une autre cause concourt puissamment à ce résultat, c'est l'état d'anoxhémie du foyer central ou bulbaire de la respiration ; cette anoxhémie, comme l'a établi Rosenthal, est pour le foyer respirateur une cause d'excitation exagérée, de là la *fréquence des respirations* qui deviennent plus *pénibles* sans gagner en ampleur. Tant que cette suractivité fonctionnelle n'amène pas l'épuisement des nerfs vagues, ce mode respiratoire n'est pas accompagné de palpitations ; mais si par une cause quelconque (exercice, fatigue, impression morale), les pneumogastriques sont momentanément épuisés, alors surviennent les palpitations, et les respirations sont plus rares, comme dans la paralysie de ces nerfs.

Cet auteur tend à rapporter la *fièvre* que l'on rencontre quelquefois chez les chlorotiques à un effet imputable à l'anoxémie, ce qui n'est pas sans analogie avec les troubles respiratoires observés.

Le professeur *Potain* (1) estime que la toux qui existe dans la tuberculose au début, se rencontre aussi dans la chlorose ; c'est pour lui un symptôme qui a peu de valeur différentielle ; à peine pourrait-on dire que, chez les chlorotiques, la toux est nerveuse, pénible, variable, qu'elle est plus constante dans la tuberculose.

(1) *Potain*. Forme cliniques et diagnostic différentiel de la chlorose. Semaine médicale, 29 décembre 1886.

Félici (1), dans une thèse inspirée par le professeur *Potain*, a étudié différents points concernant les troubles pulmonaires chez les chlorotiques. Il constate que les *hémoptysies* sont rares dans cette maladie, cependant elles peuvent s'y rencontrer, la chlorose et l'hystérie se combinant souvent chez le même sujet, les *hémoptysies* observées seraient alors d'origine hystérique ? Etudiant les rapports de la chlorose avec la tuberculose, il considère la toux comme commune aux deux états morbides. Plus sèche, plus nerveuse dans la chlorose, elle prend chez les tuberculeux un caractère pénible, fatigant, souvent nocturne, mais surtout elle s'accompagne d'un phénomène capital pour le diagnostic, les vomissements.

La *dyspnée* existe aussi dans la chlorose. Ce n'est pas une dyspnée d'effort, car elle existe au repos (au moins dans les chloroses graves). Ce qui, selon *Félici*, mérite d'être pris en considération, c'est moins la dyspnée que le type spécial de la respiration en pareil cas. Le chlorotique est *court d'haleine*, il monte difficilement l'escalier. La dyspnée chez le phthisique semble revêtir un caractère spécial, les respirations sont plus nombreuses, c'est plutôt de l'anhélation dont le malade n'a pas toujours conscience, mais il est difficile d'établir une ligne bien marquée entre l'une et l'autre de ces dyspnées.

(1) *Félici*. Rapport de la chlorose avec la tuberculose. (Thèse de Paris, 1888.)

Pour *Persillard* (1), la dyspnée, si commune au début de la tuberculose, ne survient qu'à une période avancée de la chlorose, et si la dyspnée des tuberculeux s'exagère pendant la nuit, au contraire l'anhélation des chlorotiques diminue.

La *respiration saccadée*, peut dans ces cas être due aux battements cardiaques comme l'a démontré le professeur *Potain*. La respiration chlorotique rentrerait dans la respiration légèrement anormale du professeur *Grancher*.

La *toux* serait sèche, quinteuse, *coqueluchoïde*, nerveuse, intermittente.

Les *hémoptysies* rencontrées au cours de la chlorose, lorsque l'examen du poumon reste muet, sont le plus souvent supplémentaires, et correspondent à des troubles de la menstruation.

Les *points douloureux* observés quelquefois diffèrent par leur siège de ceux de la tuberculose. Fréquents chez l'une et l'autre au niveau du sixième ou du septième espace intercostal gauche, quand ils sont liés à des troubles digestifs, ils se remarquent spécialement chez la tuberculose quand ils sont liés à une altération du poumon, dans le dos, entre les deux épaules, aux sommets en arrière et sous les clavicules.

Dans ces dernières années, l'étude de la chlorose a suscité de nombreux travaux dont la plupart sont dus

(1) *Persillard*. Essai de diagnostic différentiel sur la chlorose et les maladies qu'elle peuvent simuler. (Thèse de Paris 1886.)

à M. le professeur Hayem et à ses élèves. Dans les descriptions des chapitres qui vont suivre nous aurons en effet de nombreux emprunts à faire aux travaux de MM. Hayem, Gilbert, Luzet.





ÉTUDE DU RYTHME RESPIRATOIRE

RESPIRATION CHLOROTIQUE



Le *rythme* respiratoire sur un thorax sain et à l'état de repos est assez régulier. Les deux temps se suivent à intervalles à peu près égaux, séparés l'un de l'autre par un court silence ; l'inspiration est environ trois fois plus longue que l'expiration. Mais sous l'influence de l'exercice et des émotions, il se produit un état respiratoire particulier qu'on appelle l'essoufflement, état caractérisé par l'accélération de la respiration qui, au lieu de se faire seize fois environ par minute, atteint le chiffre de 25 ou 30. La durée de chacun des deux temps est abrégée sans que leur rapport soit modifié sensiblement ; le silence qui les sépare est aussi plus court, et l'expiration commence à se faire entendre dès que l'inspiration est terminée sans intervalle appréciable. Nous verrons plus tard que cet

essoufflement se produit fréquemment chez les chlorotiques, et par conséquent, on ne peut l'attribuer à la

L'intensité du murmure vésiculaire est en rapport avec l'ampleur des mouvements d'expansion thoracique, et comme ce dernier élément est soumis en partie à l'action de la volonté, le sujet que l'on ausculte peut à son gré modifier l'intensité du murmure. Cette intensité du murmure vésiculaire varie suivant diverses causes. Il est admis que moins les parois thoraciques sont épaisses, plus le murmure vésiculaire est intense. Or, cette règle se trouve en défaut chez les chlorotiques à parois thoraciques généralement minces et peu développées et dont le *murmure est faible*. Nous n'insisterons pas sur la plus ou moins grande intensité du son suivant les régions de la poitrine. Disons que normalement le murmure inspiratoire est plus fort que l'expiratoire.

La *tonalité* du murmure vésiculaire ne nous ayant pas paru altérée dans la chlorose, nous n'insisterons pas sur ce point.

Timbre. — Le murmure vésiculaire, dit *Faisan* (1), est un bruit doux et moelleux. *Laennec* le comparait au bruit d'un soufflet dont la soupape ne ferait aucun bruit ou, mieux encore, à celui que fait entendre à l'oreille une personne qui, pendant un sommeil profond mais paisible, fait de temps en temps une grande inspiration. Ce timbre qui est indépendant de l'intensité

(1) *Faisans*. Maladies des organes respiratoires. Masson, 1892.

est souvent le premier à s'altérer des caractères du murmure vésiculaire. Nous ne décrivons pas les différentes théories émises pour savoir où se produit ce bruit; on admet aujourd'hui qu'il prend naissance dans l'intérieur même du poumon, qu'il soit dû au déplissement des vésicules (*Barth et Roger*) ou qu'il se renforce dans les culs-de-sac alvéolaires par suite du frottement de l'air contre les parois des dernières divisions bronchiques.

Les anomalies de rythme se rencontrent fréquemment dans la chlorose en dehors de toute lésion tuberculeuse. Nous avons déjà noté la fréquence de la respiration.

« Lorsque les chlorotiques font un exercice un peu violent, dit M. le Professeur *Hayem* (1), elles éprouvent, outre des battements du cœur, de l'oppression et quelquefois même une gêne notable dans la poitrine. Cependant, à l'état de repos, le rythme respiratoire ne paraît pas sensiblement modifié. Mais quand on compte le nombre de respirations dans les cas où l'anémie est très accusée, on le trouve toujours assez sensiblement accru. » M. *Gilbert* (2) admet aussi que la respiration est régulière et normale au repos, sauf dans les chloroses intenses où elle s'accélère sensiblement. Il ajoute que, d'ailleurs, la poitrine assez

(1) *Hayem*. Du sang et de ses altérations anatomiques. Paris, 1889.

(2) *Gilbert*. Traité de médecine, t. II, p. 501.

fréquemment est mal développée ; la *scoliose* n'est pas très rare, le *corps thyroïde* est dans certains cas hypertrophié.

Cette accélération des mouvements respiratoires entre en grande partie dans la constitution d'un phénomène fréquent dans la chlorose : la *dyspnée*. A l'état de repos il n'existe pas de sensation subjective de dyspnée. Les mouvements, l'exercice musculaire et à plus forte raison la fatigue, de même que les émotions vives, amènent de suite une accélération des mouvements respiratoires et provoquent une sensation subjective de dyspnée plus ou moins vive. Nous avons déjà vu que *Cazin* attribuait à cette dyspnée un caractère suspireux qui tient à la tristesse des malades. Il ne faut pas aller chercher dans la forme de la dyspnée quelque chose de caractéristique, ce serait faire fausse route, en réalité cette dyspnée est la même que celle de toutes les anémies chroniques (*Luzet*) (1). Pour cet auteur, elle ne s'accompagne pas de toux, ni de phénomènes quelconques d'auscultation susceptibles de l'expliquer. Elle tient seulement au défaut momentané d'équilibre entre l'apport d'oxygène et son usure au moment des mouvements, défaut qui n'existe pas quand la chlorotique est au repos.

Cette dyspnée peut aussi se montrer dans le sommeil à la suite d'un rêve pénible.

(1) *Luzet*. Manuel de médecine. Debove et Achard, t. II. De la chlorose, Rueff, 1893.

Respiration faible. — Certaines affections des voies respiratoires, peuvent donner naissance à ce symptôme. On peut les rencontrer chez les chlorotiques à l'état de complication, ce sont : les maladies du larynx, les rétrécissements de la trachée, la compression de ce canal par un goître (l'hypertrophie du corps thyroïde a été fréquemment notée chez les chlorotiques), une tumeur ganglionnaire ou anévrysmale. Notons encore l'emphysème pulmonaire, l'obstruction d'une grosse bronche par un corps étranger, sa compression par une tumeur ganglionnaire. La névralgie intercostale, la pleurodynie peut s'accompagner de respiration faible unilatérale par suite de l'immobilisation instinctive d'un côté du thorax sous l'influence de la douleur. La respiration faible est un des signes les plus habituels de la pleurésie avec épanchement ; on l'observe aussi dans les symphyses pleuro-pariétales ou pleuro-viscérales. Dans ces derniers cas il y a souvent disproportion entre l'étendue de l'incursion thoracique et la force du murmure vésiculaire : c'est ce que M. Grancher a désigné sous le nom de *respiration faible discordante*. Citons encore les tumeurs pleuro-pulmonaires. Enfin il est une dernière maladie, celle-là la plus fréquente, et où la respiration faible peut se rencontrer à toutes les périodes : c'est la *tuberculose pulmonaire*. Mais ici la respiration faible est ordinairement précédée pendant un temps plus ou moins long d'autres signes stéthoscopique ; elle coïncide presque toujours avec un certain degré de submatité et une légère augmentation des vibrations vocales.

Il est évident que si l'une des complications que nous venons d'énumérer se rencontre dans la chlorose, il sera inutile de chercher une autre cause de la respiration faible. Mais il est un fait certain, c'est que dans la chlorose vraie, pure, chez laquelle on ne peut suspecter l'association de tuberculose, cette respiration faible est fréquente. Nous n'irons pas jusqu'à dire que, dans tous les cas de chlorose, la respiration affecte un type particulier que l'on pourrait appeler *respiration chlorotique*, ce serait aller au delà de notre idée ; nous disons seulement que la respiration faible est fréquente chez les chlorotiques, et qu'elle s'associe souvent à la rudesse respiratoire des sommets, à l'expiration prolongée ; dans des cas où la tuberculose pulmonaire ne peut être invoquée comme cause de ces symptômes. Nous avons souvent entendu dire à notre maître, M. *Tapret*, que cette anomalie de la respiration, si fréquente à l'hôpital, l'est encore davantage dans la clientèle de ville. Dans nos services hospitaliers, nous avons ordinairement affaire à de jeunes malades qui viennent demander nos soins, lorsqu'elles sont arrivées à un stade d'anémie très avancée. Au bout d'un certain temps de séjour à l'hôpital, à la suite d'un traitement sérieusement conduit, les symptômes de la chlorose s'améliorent, la pâleur du visage disparaît, les souffles cardiaques diminuent d'intensité, peuvent même disparaître, les globules sanguins sont plus riches en hémoglobine, et en même temps la respiration faible est remplacée par le murmure vésiculaire normal. Ces malades, en effet, étaient des

chlorotiques qui chez elles avaient subi mille privations, ou avaient été fatiguées par un travail trop pénible.

Mais chez les chlorotiques vraies de la ville, où toutes les combustions se font mal, malgré un régime suffisant et l'absence de fatigue, il n'y a rien d'étonnant à ce que la respiration elle aussi s'accomplisse d'une manière incomplète sans qu'on puisse invoquer autre chose qu'une activité fonctionnelle insuffisante, probablement due à la pauvreté du sang en globules et en hémoglobine. Ne voyons-nous pas, en effet, que dans la chlorose dyspeptique, la malade qui s'alimente difficilement par suite des troubles digestifs, ne subit pas cependant de troubles de nutrition ; il est rare que la chlorotique séjournant longtemps à l'hôpital subisse une diminution de poids. Lorsque ce fait se présente, et cela a lieu surtout dans la première classe de malades que nous citions tout à l'heure, il faut craindre l'imminence d'une tuberculose qui se développera tôt ou tard. Or nous avons vu que chez elles, les troubles respiratoires que nous étudions, diminuaient en même temps que les autres signes de l'anémie, à mesure que l'amélioration survenait. Chez les vraies chlorotiques, au contraire, chez celles qui ne deviendront pas tuberculeuses, cette faiblesse de la respiration persiste aussi longtemps que durera la chlorose. Ce fait d'observation clinique nous permet de réfuter l'objection suivante, à savoir que la respiration faible ne s'observerait que chez les chlorotiques tuberculeuses ou prédisposées à la tuberculose. Or nous savons qu'il est extrêmement rare de voir une

chlorotique verte, si nous pouvons ainsi dire devenir tuberculeuse.

Du reste, dans son livre sur le sang, M. *Hayem*, dit que : « Le murmure vésiculaire est pur dans toute l'étendue de la poitrine, *sauf cependant chez quelques malades aux sommets du poumon*. Par suite d'une certaine diminution dans l'énergie des muscles inspireurs, la partie du poumon qui répond à la fosse sus-épineuse se déplisse incomplètement, et cet état est parfois plus marqué à droite qu'à gauche, et s'accompagne à la *percussion* d'une diminution du son et de l'élasticité de la paroi thoracique. Il faut être prévenu de ces particularités qui pourraient jeter un peu d'inquiétude dans l'esprit et avoir soin de faire faire aux chlorotiques *d'assez larges inspirations*, au moment où l'on entreprend l'examen méthodique de leur appareil respiratoire. »

Il ne faut pas se hâter de diagnostiquer la tuberculose dans ces cas, il faudra répéter l'examen à différentes reprises, pendant le cours du traitement, pour éviter cette erreur. Pour M. *Luzet*, ce point a d'autant plus d'importance que, pratiquement, il pourrait conduire à refuser à ces malades les bénéfices de la médication martiale, et que, théoriquement, il conduirait à considérer la chlorose comme un terrain favorable à la germination de la tuberculose, *ce qui est le contraire de la réalité*.

Nous ferons remarquer à ce sujet, qu'il ne faut pas hésiter à hospitaliser des malades qui présentent ces signes d'auscultation pulmonaire, et refuser aux chlo-

rotiques dont nous parlions plus haut, des soins qu'elles ne peuvent trouver chez elles, pas craindre de les voir devenir tuberculeuses à l'hôpital.

Nous savons que cette contagion est rare dans la chlorose.

Nous ne saurions, à ce sujet, passer sous silence l'opinion si compétente de M. le professeur *Grancher* (1). Il admet aussi la fréquence de la respiration faible, qui est peut-être la plus fréquente des respirations anormales, mais qui par ce fait n'a pas une grande valeur de définition. Quand elle dépend d'une lésion du parenchyme pulmonaire, elle ne reste pas longtemps isolée, et très vite les changements de son et de vibration viennent lui faire cortège.

Il est nécessaire d'apprendre aux malades l'inspiration et l'expiration. Ces deux temps peuvent être modifiés et altérés par les mouvements vicieux des muscles thoraciques. Le murmure physiologique est léger, il est d'une perception facile pour peu que les mouvements d'expansion thoracique aient une ampleur suffisante (ce qui manque souvent chez les chlorotiques). La respiration même forcée ne fait jamais d'un murmure physiologique une respiration vraiment rude, mais seulement puérile, ce qui n'est pas la même chose.

Quand on fait l'examen méthodique des poumons

(1) *Grancher*. Maladies de l'appareil respiratoire, Dooin 1890.

chez une chlorotique, on est quelquefois étonné de ne pas percevoir le murmure vésiculaire, *c'est la respiration nulle*; on est autorisé à penser à l'existence d'une pleurésie soit récente, soit ancienne; mais si la malade vient à faire de larges inspirations, le murmure vésiculaire devient perceptible à l'oreille, et jamais, dans ces cas, on n'entendra une respiration *rude*, le son pulmonaire sera normal.

Ces bruits anormaux d'auscultation semblent, dans la majorité des cas, résulter du peu d'ampliation de la poitrine et de l'irrégularité de cette ampliation. Ce sont des troubles dus à la faiblesse musculaire, et aux désordres de l'*innervation* si fréquents dans la chlorose.

Nous n'insisterons pas sur d'autres signes que l'on peut rencontrer de concert avec la respiration faible. La rudesse des sommets, l'expiration saccadée, prolongée, ont été notées dans quelques observations; bien qu'il n'y ait pas dans ces cas d'expectoration rendant alors impossible la recherche des bacilles de Koch, il faut se tenir sur la réserve, craindre l'imminence de la tuberculose, surtout si l'examen des antécédents laisse quelque doute sur ce point.

La *percussion* est ordinairement normale. Quelquefois, on trouve une légère submatité dans un sommet, mais le fait est rare dans les chloroses vraies.

Il n'est pas rare d'observer une petite *toux* sèche, *sans expectoration*, analogue à celle des hystériques ou de certains dyspeptiques. Cette toux n'offre pas de caractères particuliers, nous avons noté dans notre

historique l'opinion des différents auteurs à ce sujet qui n'offre rien de particulier.

L'hémoptysie a été signalée par quelques auteurs. Elle est ordinairement peu abondante et sans caractères spéciaux. Elle peut être causée par une *hystérie* concomitante ou être due à une congestion passagère du côté des vaisseaux pulmonaires, par suite de troubles de la menstruation.

Moritz a observé quelques cas de *spasme du larynx*, entraînant un mode particulier de *dyspnée* avec tirage momentané plus ou moins accusé.





ANOMALIES DE DÉVELOPPEMENT DU THORAX CHEZ LES CHLOROTIQUES



Nous rattachons aux troubles respiratoires que nous venons d'étudier d'autres signes qui ne sont pas sans analogie avec eux. Ce sont des *anomalies de développement*, sortes de *stigmates de dégénérescence* existant chez des individus dont l'évolution est retardée et dont les combustions sont insuffisantes. Ces symptômes ne sont pas constants, mais il n'est pas rare de les observer.

« La chlorose accusant toujours, en somme, une évolution pubère difficile, on ne doit pas s'étonner de la voir coïncider avec d'autres troubles de cette évolution. C'est probablement pour ce motif que l'on trouve la *scoliose* assez fréquemment signalée, c'est-à-dire dans la proportion de 12 o/o. Il faut ajouter que chez les sujets jeunes la poitrine est souvent aplatie et encore peu développée. » (*Hayem.*)

La respiration des chlorotiques n'est pas sans analogie avec celle des scoliotiques. La réduction de la capacité pulmonaire, la difficulté des mouvements des côtes et du diaphragme et l'ampliation moindre de la poitrine dans l'inspiration tendent à réduire la quantité d'air mise en contact avec le sang dans un temps donné et à rendre l'hématose plus lente et moins parfaite. L'embarras de la circulation pulmonaire qui résulte de ces conditions organiques nouvelles, donne lieu à un besoin de respirer plus fréquent et à une augmentation instinctive du nombre des inspirations dans un même temps.

L'infantilisme, qui accompagne souvent la chlorose, se caractérise par l'exiguïté de la taille, parties molles et squelette, l'absence de développement des poils et des *seins*, l'atrophie testiculaire chez l'homme et l'état infantile des organes génitaux avec l'absence de menstruation chez la femme.

Cette anomalie de développement peut être la conséquence de l'*aplasie artérielle*.

Nous n'insisterons pas sur l'*aorte chlorotique*, constatée pour la première fois par *Rokitanski* (1) en 1846, étudiée plus tard par *Virchow*, dans son mémoire (1870); cet auteur admettait que les lésions d'angustie artérielle étaient la règle dans la chlorose. C'est aussi l'avis de notre maître, M. *Tapret* (2), qui, à l'époque

(1) *Rokitanski*. Lésion vasculaires et génitales de la chlorose. Handb. de Pathol.

(2) *Tapret*. Communication orale.

où *Virchow* (1) publiait son mémoire, avait observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. *Oulmont*, l'un des premiers cas d'aorte chlorotique connus en France.

Pour *Beneke*, l'insuffisance de développement des artères jouerait un rôle dans l'étiologie de la tuberculose pulmonaire, ce ne serait donc pas là une lésion purement chlorotique. Pour *Hayem*, cette lésion n'est pas constante. *Rendu* ne l'aurait rencontrée que dans des cas de *chloro-anémie tuberculeuse*, surtout chez les jeunes garçons, en sorte qu'il serait rationnel d'en faire une lésion prédisposant à la tuberculose plutôt qu'une lésion prédisposant à la chlorose.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que l'*aplasie artérielle* qui produit des lésions secondaires dans les autres organes, comme l'atrophie du rein (1), l'atrophie cérébrale, amène aussi une véritable *atrophie thoracique et pulmonaire*, d'autant plus que, dans ces cas, les individus sont peu développés, infantiles, anémiques.

Cependant *Bezançon* (2), dans sa thèse, fait remarquer que l'*artère pulmonaire*, toujours bien plus large que l'aorte, n'offre aucun degré d'aplasie. Elle avait conservé une dilatation normale, même chez un sujet qui portait des lésions tuberculeuses du poumon.

(1) *Virchow*. Gesammelte abhandlungen, 186. Anatomie, 1846. Deutsche klinik, n° 23, 1859. Beitrage zur Geburtsh, 1870, und gynakologie.

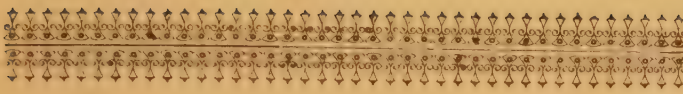
(2) *Bezançon*. D'une néphrite liée à l'aplasie artérielle. Thèse de Paris, 1889.

Chlorose des garçons. — On a noté chez eux un défaut de proportion entre le volume du cœur et celui de la cage thoracique constituant cet état auquel on a donné le nom de pseudo-hypertrophie du cœur des adolescents.

L'anémie pourrait, d'après *Maurel* (1), prendre naissance du seul fait d'une ventilation pulmonaire insuffisante, due elle-même soit à un rétrécissement quelconque des voies respiratoires (tumeurs adénoïdes, hypertrophie amygdalienne), soit à un mode vicieux de respiration, soit à une diminution de capacité de la cage thoracique, soit enfin à une diminution de la surface utile des alvéoles pulmonaires.

(1) *Maurel*. De l'anémie par hypohématose. Paris, 1890.





DIAGNOSTIC AVEC LA CHLORO-ANÉMIE TUBERCULEUSE



• Le diagnostic de la chloro-anémie tuberculeuse est loin d'être facile, surtout au début. En s'aidant *d'un examen méthodique du sang*, la chlorose ne passe pas inaperçue, ce sont plutôt les signes de tuberculose qui, pendant un certain temps, peuvent rester douteux. Les malades ont une toux sèche, quinteuse, une expectoration peu abondante, parfois nulle. Le sommet droit *respire mal*, on n'y entend pas de craquements. L'examen des crachats est impossible ou ne fournit que des résultats négatifs. On se demande s'il ne s'agit pas tout simplement d'une chlorose ordinaire ou dyspeptique avec toux gastrique, d'autant que dans cette maladie, *il y a parfois de l'affaiblissement du murmure vésiculaire au sommet du poumon*. La netteté des signes stéthoscopiques relevant de l'anémie et, en particulier, l'intensité du frémissement cataire de la jugulaire interne, les altérations sensibles du sang ne

sont pas des raisons suffisantes pour repousser l'hypothèse de tuberculose. Parfois on traversera une période pendant laquelle le diagnostic restera en suspens, la tuberculose ne devant être affirmée en pareil cas que lorsque les signes d'auscultation ne laissent plus de doute. » (*Hayem*).

Il ne faudra pas oublier non plus de recourir à la *spirométrie*, surtout quand les signes d'auscultation sont masqués par de l'emphysème ou de la pleurésie, et enfin de faire le dosage de l'hémoglobine.





OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (Personnelle.)

Recueillie dans le service de M. le docteur Tapret
(Hôpital Saint-Antoine).

D... Jeanne, âgée de 22 ans, entre salle Chomel, n° 15 bis,
le 24 avril 1893.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est en bonne santé.
Son père a été tué pendant la guerre de 1870.

Une sœur, morte de méningite à 7 ans.

Un frère bien portant, 24 ans.

Antécédents personnels. — La malade a eu une laryngite
diphthéritique à l'âge de 5 ans. (La région cervicale est le siège
d'une cicatrice médiane, linéaire, indice de la trachéotomie
pratiquée à cette époque).

Pas d'antécédents scrofuleux. Aucune cicatrice d'adénites
dans la région cervicale. Quoique d'apparence débile, la
malade s'est toujours bien portée. Pas de fièvre éruptive
pendant l'enfance.

L'établissement des règles s'est fait assez difficilement ; et a nécessité un séjour au lit d'une quinzaine de jours. L'an dernier elle fut soignée salle Chomel, pour de l'anémie qui aurait débuté à cette époque.

Maladie actuelle. — Remonte surtout à 3 mois. La malade ressentit alors une grande faiblesse générale. Elle fut prise de palpitations, avec essoufflement lui rendant difficile l'ascension d'un seul étage. Sujette à de fréquents étourdissements, elle avait une céphalalgie opiniâtre, accompagné de fréquents vertiges. L'appétit avait disparu, les digestions s'accomplissent difficilement. Pas de constipation.

Dès cette époque les conjonctives étaient bleuâtres, et la muqueuse des lèvres décolorée. Amaigrissement depuis 2 mois. La menstruation qui s'était établie à 13 ans est régulière, mais les règles sont peu colorées et peu abondantes.

Depuis une huitaine de jours, la malade a été prise d'une toux sèche, sans expectoration, avec quelques sueurs nocturnes.

L'auscultation pulmonaire montre au sommet droit une respiration un peu obscure. L'expiration est prolongée. La malade respire difficilement, le murmure vésiculaire semble lointain dans toute l'étendue du poumon, et les inspirations sont plus fréquentes que normalement.

Pas de points douloureux de la poitrine.

Au cœur, souffle systolique à la base, ayant son maximum d'intensité à la partie interne du 2^e espace intercostal gauche. Ce souffle ne se propage pas suivant les vaisseaux.

Pouls faible, irrégulier.

Bruit de diable au niveau de la jugulaire interne droite.

Pas de frémissement perceptible au toucher.

Pas de dilatation de l'estomac.

La malade n'a jamais eu d'œdème des jambes.

Urines abondantes, peu colorées, sans albumine.

Traitement. — Todd, viande crue, douches, frictions, protoxalate de fer, à la dose de 20 centigrammes par jour.

Le 20 mai. — La malade se plaint d'un point de côté à la base gauche. L'auscultation ne décèle pas de frottements. Mais la respiration est toujours faible, lointaine, se fait par saccades ; mais si l'on dit à la malade de faire effort pour respirer, le murmure vésiculaire redevient normal. Du reste *pas d'expectoration*, ni de fièvre.

La malade, très améliorée par le traitement, demande sa sortie le 4 juin 1893.

OBSERVATION II: (Personnelle.)

Recueillie par *M. SELLERIER*, externe des hôpitaux.

P... Gabrielle, âgée de 16 ans, entre dans le service de M. le docteur Tapret, salle Chomel, le 3 juillet 1893.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 50 ans. Pas de cause connue.

Père bien portant. Ni frères ni sœurs.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure. Pas de gourme dans l'enfance ; région cervicale vierge de cicatrices d'adénite.

Depuis une quinzaine de jours, la malade se plaint d'une faiblesse générale. Elle est prise fréquemment de violents maux de tête, l'insomnie est constante.

Les digestions se font mal, l'appétit est diminué ; après ses repas, la malade ressent une pesanteur stomacale persistant quelquefois plusieurs heures. Pas de vomissements. Dilatation de l'estomac. Le phénomène de la succussion est facile à per-

cevoir dans la région sus-ombilicale. Gastralgie très douloureuse. Constipation alternant avec des crises de diarrhée abondante.

A son entrée, la malade présente un facies blanc, couleur de cire. Les conjonctives et les muqueuses labiales sont décolorées. La pâleur du visage est surtout manifeste, au niveau du front et du pourtour des lèvres. Les yeux sont cernés. Pas d'œdème des paupières.

La malade n'a jamais toussé.

L'auscultation du poumon ne décèle aucun bruit morbide, mais le rythme respiratoire est irrégulier, inégal, faible.

Le murmure vésiculaire normal aux bases, s'entend difficilement aux sommets, où on ne trouve ni frottements ni craquements secs. Pas de submatité à la percussion. On ne relève du reste dans l'histoire de la malade aucune trace de tuberculose. Quand la malade s'efforce de respirer fortement, la respiration devient alors très perceptible aux sommets.

Pas de toux, ni d'expectorations. Il a été impossible de rechercher l'existence de bacilles de Koch dans les crachats. Palpitations fréquentes se montrant à la suite du moindre effort.

Au cœur, prolongement du premier bruit à la base. Léger bruit de rouet dans les vaisseaux du cou.

Foie et rate normaux.

Pas d'albumine dans l'urine. Quelquefois œdème des jambes le soir. Menstruation, établie il y a deux ans, régulière d'abord, puis irrégulière, s'accompagnant de leucorrhée.

Pas de ménorrhagie.

La malade est soumise dès son entrée au traitement par le protoxalate de fer à la dose de 15 centigrammes par jour. Potion de Todd, viande crue, douches, frictions.

Elle quitte l'hôpital le 3 août 1893, pour rentrer à Chomel le 6 septembre suivant.

Même état que lors de son départ.

L'auscultation des sommets est la même qu'au premier examen, peut être, le murmure vésiculaire s'entend-il mieux. Pas de craquements, la respiration est faible, mais sans bruits morbides.

Cœur : souffle systolique de la base, remplaçant le prolongement du premier bruit signalé plus haut. Ce souffle est doux, voilé et siège dans le deuxième espace intercostal gauche.

OBSERVATION III. (Personnelle.)

P... Clémence, âgée de 21 ans, domestique, entre à Chomel, le 12 novembre 1892.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole à 12 ans. Menstruation, à 17 ans. Règles très rares, tous les 3 ou 4 mois, peu abondantes, décolorées.

Depuis 2 ans, diminution notable des forces. Céphalalgie fréquente, pas d'épistaxis. Essoufflement, palpitations, douleurs vives au niveau du creux épigastrique, devenant encore plus fortes après les repas. Perte de l'appétit, digestions difficiles.

Depuis quelques mois, la malade se sent très fatiguée ; soumise en ville à un régime fortifiant (gouttes amères, vin de quinquina), elle a cependant continué son travail. Mais les forces continuant à diminuer, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Pas d'appétit, dégoût de la viande, prédilection pour les fruits, la salade, les aliments acides. Douleurs

stomacales après les repas, mais la région épigastrique n'est pas sensible à la pression. Constipation, pas de crises diarrhéiques.

Pas de toux, mais par moments *dyspnée* assez vive avec palpitations. Vertiges, étourdissements.

Respiration obscure dans toute l'étendue du poumon. Légère déviation de la colonne vertébrale.

Douleurs lombaires fréquentes.

Au cœur. Léger souffle systolique à la pointe, au niveau du bord gauche du sternum, dédoublement du premier temps à la base.

Urines. Polyurie et pollakiurie ; elles sont pâles, abondantes, mais ne renferment pas d'albumine.

La malade quitte l'hôpital peu de jours après son entrée. Etat stationnaire.

OBSERVATION IV

Recueillie dans le service de M. le docteur Tapret.

F... Fernande, salle Chomel, n° 16, 18 ans.

Antécédents héréditaires. — Père atteint de bronchite chronique.

Antécédents personnels. — A l'âge de 12 ans, chorée ayant duré un mois ? Depuis deux mois, aménorrhée, faiblesse générale. Le facies est blanc jaunâtre, légèrement couleur de cire. Les conjonctives et les lèvres sont décolorées. La langue est belle, rose. Pas de traces de strume, pas d'adénites cervicales.

A l'auscultation des poumons, on constate que la respiration est un peu rude aux deux sommets ; *respiration chlorotique.*

Faiblesse du murmure vésiculaire dans le reste de la poitrine.
Pas de bruits morbides. Pas d'expectoration.

Rien à noter dans les autres organes.

Rien au cœur. Peut-être prolongement du premier bruit à la base.

Urines ne renferment pas d'albumine.

La malade quitte l'hôpital le 6 novembre 1893, légèrement améliorée par le protoxalate de fer et les toniques.

Mêmes caractères de la respiration.

OBSERVATION V

Recueillie dans le service de M. le docteur Tapret.

L... Léontine, entre salle Chomel, n° 15 bis, le 24 mai 1893, 17 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de phtisie pulmonaire. Père toussa beaucoup. N'a jamais eu d'hémoptysies.

Antécédents personnels. — Coqueluche, fièvre typhoïde dans l'enfance. Pas de traces de scrofule.

La malade entre à l'hôpital, accusant une grande faiblesse depuis un mois. Le facies n'est pas tout à fait celui d'une chlorotique, les pommettes sont roses.

La peau du front, des ailes du nez, le pourtour des lèvres sont jaunâtres. Les conjonctivés et la muqueuse des lèvres sont décolorées.

La malade n'a jamais eu d'œdème des malléoles ni des paupières.

Perte de l'appétit depuis un mois, pas de constipation. Menstruation très irrégulière, réglée 3 fois seulement depuis 4 ans.

Poumon. — La malade ne tousse pas. *Respiration* chlorotique, obscure au sommet.

Pas d'expectoration. La malade n'a jamais eu de crachements de sang.

Cœur. — Souffle systolique dans le deuxième espace intercostal gauche.

Souffle continu des vaisseaux du cou.

Urines normales, peu colorées.

Poids : 48 kilog. 500.

La malade quitte l'hôpital le 16 juillet.

L'auscultation des sommets est la même qu'au premier examen.

Poids : 50 kilogr.

OBSERVATION VI

Recueillies par M. Crétel, externe de M. le docteur Tapret.

F... Amélie, âgée de 22 ans, domestique, entre salle Chomel, n° 14, le 3 novembre 1893.

Antécédents héréditaires. — Père eczémateux, non rhumatisant. Mère, de bonne santé habituelle, a eu 8 enfants, 5 sont vivants (2 sont morts à 4 ans de méningite ?) Pas de tuberculeux dans la famille.

Antécédents personnels. — Pas d'autre maladie dans l'enfance que la rougeole.

Pas de coqueluche, aurait eu de la gourme, mais ne conserve pas de traces d'adénites, ni de scrofule. Cependant elle est fréquemment sujette à l'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Elle a été élevée à la campagne jusqu'à 4 ans, séjour à Paris de 4 à 7 ans. Puis, retour à la campagne jusqu'à 17 ans.

Réglée à 16 ans, menstruation très régulière. Accouchement à 18 ans. Bonnes suites de couches (enfant chétif mort au bout d'un an).

Restée au lit pendant 10 jours, elle se remet à travailler au bout de 2 mois, lors de son retour de couches. Depuis lors, état de fatigue générale, essoufflement facile, se reproduisant au moindre effort; palpitations. La malade est alors forcée d'arrêter son travail. Elle entre à l'hôpital, le 13 novembre dernier.

Etat de la malade à son entrée. — Léger acné de la face, lèvres et conjonctives décolorées. Menstruation régulière, mais règles peu colorées.

Leucorrhée continue, mais peu abondante. La malade est nerveuse, irritable; elle ne présente cependant aucun stigmate de l'hystérie.

Elle s'enrhume facilement, mais ne tousse pas d'habitude d'une façon continue. N'a jamais eu d'hémoptysie.

Amaigrissement considérable depuis deux mois, de 65 kilog., le poids est descendu à 55 kilog.

Anorexie persistante, vomissements fréquents. Pas de dilatation de l'estomac. Creux épigastrique douloureux.

Cœur hypertrophié. Souffle systolique dans le deuxième espace intercostal gauche.

Ronflement de la jugulaire interne.

Bruits du cœur violents, s'entendent dans le dos.

Souffle intermittent carotidien, synchrone avec le pouls, qui est fort, vibrant.

Pas de fièvre. Température 37°,4.

La malade s'enrhume fréquemment, mais ne tousse pas d'habitude.

Poumon. — *Respiration obscure et un peu rude aux deux sommets surtout à droite et en arrière. La malade respire mal. Pas de submatité à la percussion.*

Pas de troubles de la sensibilité. Quelquefois névralgies. Aucun stigmate de l'hystérie.

La malade est soumise au traitement ferrugineux.

OBSERVATION VII

Recueillie par M. Crétel, externe des hôpitaux.

L.... Pauline, 16 ans, entre salle Chomel, n° 13 bis, le 30 novembre 1893.

A. H. — Père mort d'hémorrhagie cérébrale. Alcoolique avéré. Mère de tempérament très nerveux. Signes d'éthylisme. Ont eu 12 enfants, 3 seulement survivent. Les autres sont morts en bas âge (diphtérie, méningite? convulsion).

Pas d'antécédents bacillaires dans la famille.

A. P. — Convulsions à l'âge de deux ans. Pas de fièvres éruptives dans l'enfance. Pas de coqueluche.

Aucune trace de cicatrice strumeuse.

Etat actuel. — La malade entre dans le service, se plaignant de battements de cœur, palpitation (elle est parfois obligée de se lever la nuit, et de se mettre à la fenêtre pour respirer). Ne peut dormir sur le côté gauche.

Grande fatigue s'accompagnant souvent de douleurs abdominales (hyperesthésie dans la région ovarienne). Crampes dans les jambes. Maux de tête. Œdème des jambes, plus fréquents à droite. Pas d'œdème des paupières.

La malade est profondément anémiée, c'est le vrai type de

la *chlorose verte*. Pâleur généralisée de la face. Les mains, les ongles sont également décolorés.

Les muqueuses sont blanches et exsangues (lèvres, gencives, paupières). Teinte bleuâtre des sclérotiques. Les yeux sont gros, légère exophtalmie. Pas d'hypertrophie du corps thyroïde. Système pileux très développé.

La malade n'est pas encore réglée. Quelquefois légères pertes blanches.

Troubles de l'appareil digestif. Mange peu, pas d'appétit. Les digestions sont lentes, pénibles, accompagnées de somnolence, de céphalalgie. L'estomac est dilaté, bruit de succussion après l'ingestion des liquides. Pas de vomissements, constipation habituelle.

Le cœur paraît hypertrophié, relativement au poids général de la malade qui est petite, maigre et à *faible développement thoracique*. *Légère déviation de la colonne vertébrale*. La pointe du cœur bat violemment dans le 4^e espace.

Prolongement soufflant du premier bruit, plutôt que souffle systolique réel. Les deux battements sont fortement frappés, comme martelés.

Un peu de frémissement dans les jugulaires ; souffle doux. *Pouls* dicrote, lent, 60 pulsations au maximum. Pas de fièvre, langue bonne.

Auscultation pulmonaire. Sonorité paraît normale, peut être une légère submatité au sommet.

Malgré cela, on n'entend bien le murmure vésiculaire *qu'à la condition de forcer la malade à faire de grandes inspirations*, la malade semble autrement ne pas respirer.

Le timbre de la respiration d'une façon générale est un peu rude. Au niveau de l'omoplate gauche, elle prend un timbre bronchique à l'expiration.

En avant; respiration plus forte, plus active.

Urines, normales.

Traitement ordinaire employé dans ces cas de *chlorose verte* non tuberculeuse, c'est-à-dire :

Protoxalate de fer, 2 cachets de 10 centigrammes ; vin de quinquina ; viande crue ; douches, frictions sur tout le corps.

OBSERVATION VIII

Recueillie par M. Guillemin, externe des hôpitaux.

F... Augustine, âgée de 20 ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 20 novembre 1893, salle Chomel, n° 1 bis.

La malade accuse depuis six semaines une fatigue générale, qu'elle ressent à la suite de son travail, mais qu'elle ne présente pas d'habitude. Elle n'a cependant cessé de travailler que huit jours avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'une douleur apparue au genou gauche, douleur qu'elle attribue à la manœuvre de la machine à coudre qu'elle emploie seulement depuis six semaines. Cette douleur s'accompagne d'un peu de raideur articulaire pendant la marche et pendant le travail à la machine ; elle cesse au repos. A l'inspection du genou, rien de particulier. Pas de douleur spontanée, ni à la palpation. Pas d'hydarthrose ; aucun point douloureux au niveau des bourses séreuses de l'articulation.

L'examen général de la malade montre les signes suivants : le facies n'est pas celui de la chlorotique vulgaire, les joues sont, il est vrai, peu colorées, mais la coloration des lèvres est normale. Pas de pâleur cireuse, ni d'anémie conjonctivale. Sclérotiques ne sont pas bleuâtres. Pas de moustache des chlorotiques.

Sur le visage et sur tout le corps, quelques boutons d'acné.

Ils sont plus abondants dans le dos, mais il est à noter, à ce sujet, que la malade a toujours porté de la flanelle. Un molluscum à la région du cou en arrière, un autre à la face interne de la cuisse gauche. Cheveux : coloration châtain.

Pas de traces de strume à la région cervicale.

Léger amaigrissement depuis six semaines.

Examen des organes :

Cœur, 1^{er} bruit prolongé à la base. 2^e fortement claqué.

Bruit de rouet dans les jugulaires.

Poumon. *Respiration normale et nullement chlorotique.*

Pas de toux. Jamais de dyspnée.

Foie normal.

Estomac dilaté ; alternatives d'appétit et d'anorexie. Constipation assez fréquente.

Menstruation, établie vers l'âge de 15 ans ; assez régulière, peu abondante. *Leucorrhée* fréquente.

Urines normales. Pas d'albumine.

Pas d'œdème des paupières, ni autour des malléoles.

Antécédents personnels. — Aucune maladie de l'enfance. Santé habituellement bonne. De temps en temps, maux de tête, crampes d'estomac, quelquefois vomissements ; ces différents symptômes étant assez irréguliers pour ne pas préoccuper la malade.

Antécédents héréditaires. — Père ayant des attaques épileptiques, depuis l'âge de 15 ans. Morsure de la langue. Traitement par le bromure de potassium. Tousse beaucoup ; a déjà eu des hémoptysies.

Mère de bonne santé ; deux frères également bien portants.

La malade quitte l'hôpital le 2 décembre.





CONCLUSIONS



1° Il existe chez les chlorotiques certains troubles du rythme respiratoire pouvant donner naissance à une véritable *respiration chlorotique*. Elle est caractérisée surtout par une *respiration faible*, ordinairement perceptible dans toute l'étendue du poumon, mais souvent aussi localisée aux sommets ;

2° Ces troubles respiratoires s'accompagnent fréquemment d'anomalies de développement de la cage thoracique (scoliose, infantilisme). La respiration des chlorotiques peut être comparée à celle des scoliotiques ;

3° La toux chlorotique n'offre pas de signes particuliers. Elle paraît sous la dépendance d'un état nerveux, elle n'est pas sans analogie avec la toux hystérique ;

4° La dyspnée chlorotique est de causes multiples.

Elle est due ordinairement à l'insuffisance de développement des muscles inspireurs; quelquefois à l'anémie bulbaire;

5° Lorsqu'on rencontre de la faiblesse du murmure vésiculaire ou des troubles du rythme respiratoire chez une chlorotique, il ne faut pas se hâter d'affirmer la tuberculose, mais surveiller attentivement la malade pendant toute la durée du traitement qui doit être celui de la chlorose vraie.





BIBLIOGRAPHIE



- Bezangon.* — D'une néphrite liée à l'aplasie artérielle. Thèse de Paris, 1889.
- Cazin.* — Monographie de la chlorose. Gand, 1850.
- Delaborde.* — Des rapports de la chlorose chez la femme avec la scrofule et la tuberculose. Thèse de Paris, 1856.
- Faisans.* — Maladies des organes respiratoires. Masson, 1892.
- Felici.* — Rapports de la chlorose avec la tuberculose. Thèse de Paris, 1888.
- Gilbert.* — Traité de médecine. Charcot-Bouchard, t. II.
- Grancher.* — Maladies de l'appareil respiratoire. Doin, 1890.
- H. Guéneau de Mussy.* — Leçons sur la chlorose. Gazette des hôpitaux, 1868.
- Hérard, Cornil et Hanot.* — Traité de la phtisie pulmonaire.
- Hardy.* — Leçons sur la chlorose. Gazette des hôpitaux, 1883.

Hayem. — Du sang et de ses altérations anatomiques, 1889.

— Leçons de thérapeutique. Tome II. Médication de l'anémie, 1890.

Jaccoud. — Traité de pathologie interne. Tome II, 6^e édition.

— Quelques réflexions à propos de deux cas de chlorose. Semaine médicale, 1888.

Jolly. — Influence de la scrofulo-tuberculose sur le développement de la chlorose. Thèse de Paris, 1890.

Luzel. — Manuel de médecine de Debove et Achard. Tome II, 1892

— De la chlorose. Rueff., 1893.

Maurel. — De l'anémie par hypohématose. Paris, 1890.

Moriez. — La chlorose. Thèse d'agrégation. Paris, 1880.

Nonal. — Traité de la chlorose. Paris, 1864.

Parrot. — Dictionnaire de Dechambse. Tome XVI, 1874.

C. Paul. — Traité des maladies du cœur.

Persillard. — Essai de diagnostic différentiel sur la chlorose et les maladies qui peuvent la simuler. Thèse de Paris, 1886.

Peter. — Clinique médicale. Tome II.

Potain. — Fausses chloroses. Cliniques de l'hôpital Necker. France médicale. Octobre 1878.

— Formes cliniques et diagnostic de la chlorose. Semaine médicale, 1886.

— Chlorose. Union médicale, 1890.

Rilliet. — De la chlorose stimulant la phtisie. Archives générales de médecine, 1855.

G. Sée. — Diagnostic des maladies du cœur.

Strümpell. — 3^e édition française de pathologie interne traduite par J. Schramme. Tome II, Lavy, 1892.

Rokitanski. — Lésions vasculaires et génitales dans la chlorose. Handb. der Pathol. anatomie, 1846.

Virchow. — Gesammelte abhandlungen, 1856.

— Deutsche klinik, 1859.

— Beitrage zur Geburtsk und Gynekologie, 1870.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Vu : Le Président de la Thèse,

LABOULBÈNE.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

